A NOS ABONNÉS

Pour éviter retards et frais, verser contre reçu, à un *bureau de poste*, au nom de la **Clinique Ophtalmologique** la somme de **10 francs** pour la France.

Pour l'*étranger* : envoyer un mandat carte de **12 francs**.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

D. A. Darier. — **Un cas de kératite parenchymateuse à forme sclérosante, probablement de nature tuberculeuse. Action remarquable du jéquiritol sur la cornée leucomateuse et des injections sous-conjonctivales d'Hétol sur celle récemment atteinte.** (Malade présentée à la Société d'ophtalmologie de Paris, le 2 décembre.)

La *kératite parenchymateuse* est aujourd'hui si bien connue, et dans son étiologie, et dans son évolution, et dans son traitement, qu'il peut paraître bien banal de présenter un cas de kératite de ce genre.

Cependant, si vous voulez bien examiner l'enfant qui est devant nous, vous trouverez que son œil droit est agrandi, comme *buphtalmique*, la cornée en est absolument opaque ; la sclérotique est légèrement hypérémiée (reste d'une application de jéquiritol), mais il y a 4 mois, elle était absolument blanche. L'œil avait à ce moment l'aspect d'une grosse *boule de porcelaine sale*.

Cet œil est malade depuis plus de 2 ans. Au début de *l'affection*, l'œil rougissait par moments ; il y avait, sans doute, des poussées semblables à celles que nous observons actuellement sur l'œil gauche ; les attaques se rapprochèrent de plus en plus et la vue se troubla progressivement. Pour tout traitement, en outre de la médication tonique, il ne fut fait que des applications de pommade jaune. La vue fut complètement perdue de cet œil au bout d'un an, et la cornée est restée depuis plus d'un an absolument opaque.

Il y avait à la fois sclérose cornéenne, infiltration et dégénérescence graisseuse, qui donnaient à la cornée un aspect jaune sale sans la moindre vascularisation ; cornée et sclérotique ne pouvaient être distinguées l'une de l'autre.

Les confrères qui ont vu à ce moment la malade à ma clinique ont été unanimes pour considérer cet œil comme perdu et tout ce que l'on pouvait en espérer c'était de le rendre plus présentable par un tatouage artistique.

Mais étant donné la jeunesse du sujet, la durée non encore trop grande de l'affection (2 ans), étant donné aussi qu'il y avait encore perception lumineuse et qu'en général la kératite parenchymateuse *doit guérir*, j'instituai à côté du traitement général dont nous allons parler un traitement local qui consista d'abord en massages à la lanoline hydrargyrique alternant avec des instillations de collyres rubéfiants (dionine, essence de girofles, etc.)

Ces moyens ne paraissant produire aucun effet, je me décidai à recourir au jéquiritol. Les premières applications provoquèrent des ophtalmies jéquiritiques violentes avec vascularisation de la cornée, limitée, après la première application, à la périphérie de la cornée ; puis, lors des jéquiritisations subséquentes, le centre même de la cornée se vascularisa, prit cette teinte saumon qu'on observait autrefois dans les kératites parenchymateuses graves, alors qu'on ne savait pas encore les soigner par les injections hydrargyriques.

Bref, apres 4 ou 5 applications de jéquiritol, en 3 mois, la cornée présenta l'aspect que vous lui voyez aujourd'hui. La transparence s'est accrue au point de laisser voir nettement, par derrière, la teinte bleue de l'iris. Il n'y a plus que deux points où l'on peut voir la teinte jaune de la sclérose graisseuse dont il est parlé plus haut.

La vision est meilleure : cet œil voit passer la main à 20 cent. et distingue très nettement toutes les couleurs et mêmes leurs différentes nuances.

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

Arriverons-nous à un résultat meilleur encore ? Je n'ose l'espérer, car le jéquiritol, malgré des instillations très intensives, ne produit plus actuellement qu'une réaction très faible. 4 injections sous-conjonctivales d'Hétol faites de ce côté n'ont pas paru avoir une action manifeste sur l'infiltration cornéenne.

Je compte faire à cet œil des injections sous conjonctivales de tuberculine de Koch et vous faire part ultérieurement du résultat.

L'*œil gauche* n'est pris que depuis le mois de janvier 1902 ; on a fait également des applications de pommade jaune pour tout traitement.

Quand je le vis pour la première fois, le 18 *juillet* 1902, cet œil avait à peu près l'aspect que vous lui voyez aujourd'hui, celui d'un œil atteint de kératite parenchymateuse peu ordinaire répondant un peu à la kératite sclérosante. *Quatre points d'infiltration* cornéenne à vascularisation interstitielle, venus de la périphérie, s'étendaient jusqu'au niveau de la pupille, comme des nébulosités de moins en moins opaques ; même près de son centre, la cornée était assez trouble pour qu'il fût impossible de voir l'iris : à peine pouvait-on se rendre compte si la pupille se dilatait par l'atropine ; en tout cas, elle se dilatait difficilement.

La vision de cet œil était alors *égale à* 1/8, (un point de tissu cornéen restant encore transparent au centre.) C'est la même vision que vous lui trouverez aujourd'hui, mais elle est tombée il y a deux mois au-dessous d'un 1/100 et l'enfant ne voyait plus à se conduire.

Je posai tout d'abord un *pronostic* relativement favorable pour l'œil gauche, en voie d'involution, et très réservé pour l'œil droit complètement leucomateux et sans la moindre réaction vasculaire.

Le *traitement fut le suivant* ;

1° *Injections intra-veineuses* quotidiennes de Cn.Hg. ; mais déjà à 0,005 millig., se manifestaient des troubles intestinaux qui nous obligèrent à n'injecter que des doses de 0,003, pendant un mois, sans qu'il fût possible de les augmenter à cause des coliques qui survenaient de suite..

2° *Localement* : instillations d'atropine à gauche, et sur l'œil leucomateux, massages journaliers à la lanoline hydrargyrique et collyres rubéfiants.

3° Le *soir, frictions mercurielles* sur le front et les tempes,

4° Régime réconfortant, tonique, etc.

5° De temps à autre, applications de *Dionine* qui, comme chez tous les scrofuleux, ont un effet lymphagogue puissant.

Comme il arrive habituellement, les 10 premières injections de Cn.Hg amenèrent comme une exacerbation de la kératite, puis une amélioration ou plutôt un simple arrêt du processus morbide se produisit.

Après une accalmie d'un mois environ pendant laquelle j'avais prescrit du cacodylate de soude, il se produisit une poussée plus intense, la vision *s'abaissa* à 1/50 le 17 sept. J'augmentai alors la dose des injections intra-veineuses à *un centigramme, tous les jours*, sans que survinssent les accidents intestinaux observés au début. Est-ce le cacodylate de soude qui faisait mieux tolérer le mercure ?

Une amélioration très rapide suivit ce traitement auquel j'avais ajouté, tant à titre de révulsif que pour chercher à éclaircir la cornée droite, des applications de *Jéquiritol* qui amenèrent une ophtalmie intense avec gonflement des paupières et fausses membranes conjonctivales à l'œil droit comme nous l'avons déjà dit.

Une amélioration très notable se produisit ; la vision revint de 1/50 à 1/15 le 29 sept.

Mais après une trentaine d'injections pratiquées ainsi tous les jours sans réaction intestinale, il y eut saturation hydrargyrique avec salivation, *stomatite*, et état fébrile marqué, l'appétit d'abord augmenté, diminua.

Je suspendis alors les injections intraveineuses et prescrivis faute de mieux de l'I.K. et de l'huile de foie de morue, et fis de nouvelles applications de jéquiritol à droite.

Une nouvelle poussée de kératite se produisit encore et je voyais le moment où toute la cornée de l'œil gauche allait devenir aussi opaque que celle de l'œil droit, la vision s'abaissa à 1/100, le 13 octobre, la malade ne pouvait plus se conduire seule.

Ne sachant plus à quel saint me vouer, n'osant pas faire appel à la tuberculine, ni *introduire de l'iodoforme* dans la chambre antérieure du seul œil qui restait avec un peu de vision, je pensai à pratiquer des injections sous-conjonctivales d'acide cinnamique ou plutôt *de cinnamate de soude* ou *Hétol* dont l'action sur la tuberculose générale et locale a été mise en relief dans ces dernières années.

Je pratiquai une quinzaine d'injections de 0,002 à 0,007 d'Hétol (11 sur l'œil gauche et 4 sur l'œil droit.)

Est-ce ce traitement local succédant au traitement général dont nous venons de parler, est-ce la simple évolution spontanée du processus morbide ? Ce qu'il nous importe de savoir *c'est que* la *maladie de cet œil paraît* depuis ce jour (29 oct. V. = 1/8) *entrer en régression, alors que* le premier œil, qui n'a pas été soigné, paraît actuellement complètement perdu.

[Ce qui m'a surpris dans ces injections d'Hétol, c'est l'absence complète de réaction ; une fois la douleur de la piqûre passée il n'y a ni rougeur conjonctivale ni chémosis et le malade éprouve du soulagement marqué s'il souffrait antérieurement. La cocaïne mélangée à l'Hétol rend l'injection indolore. L'acoïne est précipitée par l'Hétol.]

Il est évident que dans le cas ci-dessus le *diagnostic de tuberculose* n'est qu'une présomption, autorisée, il est vrai, par l'absence de tout signe hérédo-spécifique et par l'évolution toute particulière de la kératite.

Comme antécédents familiaux, rien chez les parents ni les grands-parents.

Sur 8 enfants, 7 sont vivants, une sœur de notre malade est morte à l'âge de 16 ans de tuberculose ganglionnaire avec tumeur blanche du genou.

Vous voyez que *l'aspect général* de cette jeune fille, âgée de 13 ans, est celui *d'une scrofuleuse* sans que l'on puisse rien dire de plus. Depuis 4 mois qu'elle est en traitement à Paris, elle a grandi, engraissé ; elle se porte mieux, ce qui a son importance au point de vue de l'évolution de processus morbide. Il y a 3 ans elle eut une fièvre typhoïde.

Je tenais à vous montrer cette malade aussi intéressante au point de vue de l'évolution de la maladie dans les deux yeux qu'au point de vue de l'action des différentes thérapeutiques mises en œuvre.

Prochainement, je vous montrerai ce que seront devenues ses deux cornées.

II

Un cas d'actinomycose du canalicule lacrymal droit inférieur.

Par le Dr Guibert (La Roche-sur-Yon).

« C'est à peine si quelques cas d'actinomycose ont été publiés en France, tandis qu'on en a recueilli une vingtaine de cas en Allemagne, et une dizaine seulement en Russie. » Telle est la façon dont s'exprime Terson dans un article du 10 avril 1901, paru dans la *Clinique ophtalmologique*, et auquel on pourra se reporter pour un historique que je trouve inutile de refaire. Bourgeois, un mois plus tard, dans le même journal, a publié deux cas de pseudo-actinomycose qui confirment une fois de plus la rareté de l'affection dans notre pays. Enfin Sabrazès et Ulry, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er septembre 1898, ont fait une revue générale de *l'actinomycose primitive de la conjonctive et des voies lacrymales* qu'on pourra lire avec profit.

Je n'aurais même pas songé à relater le cas que je rapporte aujourd'hui, tant il ressemble à tous ceux mentionnés jusqu'ici, si je ne m'étais trouvé, en somme, en présence d'une véritable rareté clinique.

Le *diagnostic microscopique* a été fait par M. Berthaut, pharmacien à la Roche-sur-Yon, et par le docteur Muratet, chef de laboratoire des cliniques de la Faculté de Bordeaux. Les deux arrivent à la même conclusion : il ne pourrait donc y avoir aucun doute sur la nature de l'affection.

Je transcris d'ailleurs immédiatement la note due à l'obligance du docteur Muratet :

« Les ensemencements sont restés stériles au point de vue actinomyces. Je n'ai eu dans les premiers bouillons de lavage que du streptocoque ; l'examen n'ayant été fait que cinq jours après l'opération, cette impureté peut bien n'être qu'accidentelle. Quoi qu'il en soit, il n'a pas poussé d'actinomyces. Nous n'avons donc comme données que l'examen direct du pus. Ce pus contenait un assez grand nombre de grains jaunâtres, gros comme des têtes d'épingles ; il y en avait trente à quarante environ. Ces grains mis entre lames et lamelles présentaient tous les caractères classiques des grains actinomycosiques : au centre, un feutrage de fins filaments s'irradiant et se divisant:

à la périphérie des massues réfringentes ; réaction brun-acajou en présence de l'iode : coloration des filaments en violet intense, des massues en rouge et des autres éléments en rose, après coloration par la méthode de Gram par le picrocarmin Ranvier et la safranine ou l'éosine. Les massues, traitées par le picrocarmin seul, sont colorées en jaune par l'acide picrique, tandis que les éléments du pus et les débris des tissus sont colorés en rose. Dans la triple coloration, les massues prennent la couleur diffuse : éosine ou safranine. »

Quant à l'*observation clinique*, la voici en quelques mots. Le docteur Thébaud, de Moutiers-les-Mauxfaits, m'adresse, le 29 juin dernier, pour un larmoiement léger de l'œil droit avec conjonctivite angulaire, M. X..., âgé de 34 ans, bourrelier, dont l'aspect extérieur est celui de la santé la plus florissante. De prime abord, il semble s'agir d'un chalazion au niveau du canalicule inférieur droit. Un examen plus attentif montre que le gonflement est plus prononcé à la face antérieure qu'à la face postérieure de la paupière ; de plus, l'orifice du canalicule est légèrement élargi, la muqueuse interne fait un petit bourrelet à l'extérieur rappelant l'orifice du *méat urinaire*. La pression au niveau de cette petite tumeur fait sourdre une gouttelette d'un liquide grisâtre. Le sac et le canal lacrymal sont libres, comme il est aisé de s'en rendre compte par une injection ; la canule filiforme de la seringue d'Anel rentre sans difficulté par la partie supérieure du canalicule, et l'injection poussée, ne rencontrant aucune résistance, ressort aussitôt par la narine, le développement de la tumeur s'est effectué aux dépens du bord inférieur du canalicule.

L'incision de ce dernier, faite comme pour les débridements ordinaires, laisse voir aussitôt une concrétion de la grosseur d'un petit haricot, mamelonnée comme une framboise, et d'aspect gris jaunâtre. La simple pression en fait sortir une partie ; avec une curette, je vide le fond de la poche dont je constate la résistance des parois au bruit sec que produit l'instrument qui semble se heurter sur une enveloppe calcaire. La concrétion se fragmente en une série de petites boules grosses à peine comme des têtes d'épingles ; je n'ai plus de doute sur le diagnostic d'actinomycose. Il ne restait plus qu'à le vérifier par le microscope ; c'est ce que j'ait fait faire par deux spécialistes compétents.

Quant aux suites de l'opération, elles furent des plus simples : le malade a eu soin de se laver l'œil avec une solution de sublimé, sans alcool, au 1/4000. Je l'ai revu 15 jours plus tard, la conjonctivite était complètement guérie ; mais le canalicule incisé ne s'était pas comblé dans la profondeur. Il reste là une dépression qui pourrait loger facilement quelque corps étrangers, un cil par exemple autour duquel se développerait une nouvelle concrétion. C'est pourquoi je me propose dans quelques jours de toucher le fond de ce cul-de-sac au galvano-cautère, sans toucher à la partie supérieure, de façon à amener l'oblitération du fond déprimé du canalicule tout en laissant une gouttière suffisante à l'écoulement des larmes.

Bien que la lésion fût purement locale et l'état général du sujet excellent, je lui ai fait prendre pendant plusieurs mois de l'iodure de potassium qui, s'il est inutile, ne pouvait lui nuire.

Faut-il voir dans le métier du malade, qui est bourrelier, maniant le cuir, et à la campagne, par sa profession même, en contact avec des animaux qui peuvent être porteurs de lésions actinomycosiques, la cause de cette affection ? je ne serais pas éloigné de le croire.

Ce qui est certain, c'est qu'il s'agit, d'un *véritable* cas *d'actinomycose* vérifié deux fois par le microscope, et la rareté des cas publiés presqu'ici en France valait, m'a-t-il semblé, cette courte note.

III

Note sur l'action de la chaleur électrique et de la Dionine dans les affections rhumatismales,

Par le Dr E. Maddox, de Bournemouth, (Angleterre).

Le meilleur moyen d'appliquer à l'œil la chaleur artificielle est certainement de faire passer un courant de 0,5 à 0,7 ampères à travers un fil métallique fin comme un crin de cheval roulé en spirale sur une rondelle de flanelle de lint ou de flanellette.

Il n'est pas nécessaire de se servir d'un fil de platine, un fil de fer très fin est d'un aussi bon usage, ce qui permet de faire ces petits

appareils à un prix si minime que l'objection faite aux appareils avec fils de platine et drap d'amiante tombe d'elle-même.

On peut se servir des courants d'éclairage qu'ils soient constants ou alternatifs ; pour ces derniers, j'ai fait faire un petit transformateur de poche qui peut être intercalé entre les deux bornes d'une lampe à incandescence et qui permet une graduation des plus délicates de la chaleur. Pour les courants constants, l'installation est plus coûteuse.

L'emploi de la chaleur sèche est surtout indiqué dans les affections rhumatismales de l'œil : iritis, irido-cyclite, épisclérite, ainsi que dans certaines formes de glaucome, de névralgies ou autres maladies oculaires accompagnées de douleurs.

Il y a toute une classe particulière de cas dans lesquels je me suis souvent senti embarrassé et à court de moyens thérapeutiques réellement efficaces, ce sont les inflammations du tractus uvéal compliquées de glaucome. Alors les myotiques et les mydriatiques sont également contre-indiqués. C'est dans ces cas que je me suis bien trouvé de l'emploi de la Dionine et de la chaleur sèche.

La Dionine dans certains cas m'a donné des résultats très favorables, quoiqu'il soit encore bien difficile de les prévoir d'avance ; car les indications précises de cet agent ne sont pas encore bien nettement posées.

L'*Adrénaline* rend aussi des services dans certaines formes goutteuses ou rhumatismales de maladies du tractus uvéal surtout quand les artérioles manquent de tonus ; dans ces cas la Dionine agirait mal.

J'ai cherché à établir un déterminisme particulier pour les indications respectives de ces deux agents d'une action thérapeutique si différente et si précieuse à la fois. Je crois pouvoir dire que, d'une manière générale, la Dionine est indiquée toutes les fois que la chaleur a une action favorable ; au contraire, l'adrénaline sera d'un emploi utile toutes les fois que les applications froides seront indiquées. Certainement, cette règle rencontrera de nombreuses exceptions.

L'introduction de la Dionine en thérapeutique oculaire par Wolffberg et Darier nous a mis en possession d'un précieux agent médicamenteux qui parfois produit des effets merveilleux, et d'autres fois, malheureusement, reste sans résultat, sans doute, parce que les indications précises ne nous en sont pas encore assez bien connues. Mais je n'ai jamais observé d'effet néfaste de la Dionine. L'action combinée de la chaleur électrique et de la dionine donnent parfois des résultats excellents.

IV

Atrophie du nerf optique et microphtalmie consécutives à une lésion du nerf optique pendant l'accouchement.

Dr Alfred Koppen (Marbourg).

Ces lignes ont pour objet la description d'un groupe d'altérations intéressantes de l'œil consécutives à une blessure par le forceps pendans l'accouchement.

J. M..., âgé de 19 ans, habitant Marbourg, se plaint d'avoir une très mauvaise acuité visuelle de l'œil droit depuis son enfance. D'après les renseignements des parents, l'accouchement artificiel de la mère aurait été très pénible ; après l'extraction, l'œil gauche de l'enfant sortait fortement de l'orbite. La paupière et le voisinage de l'œil étaient recouverts de sang et très gonflés. De bonne heure, les parents avaient remarqué que l'œil gauche était dévié. Strabisme divergent opéré avec succès il y a quelques années. Voici le résultat de l'examen pratiqué le 9 août 1902.

O. D : M — 1,5. D. fonction normale.

Objectivement : M. = 3, OD.

O. G. ; compte les doigts entre 2 et 3 mètres. Les verres n'améliorent pas la vision.

A l'examen des pupilles ; on constate qu'à l'éclairage des deux yeux, au moyen d'une lampe à incandescence au gaz, les deux pupilles sont égales. A l'éclairage unilatéral, la papille gauche est de 2 1/2 mm. plus dilatée que la droite. La réaction directe à la lumière est normale à droite, et la réaction indirecte est normale aussi à gauche ; la réaction inverse est notablement diminuée.

La réaction à la convergence se fait rapidement et également de chaque côté. L'examen ophtalmoscopique de l'œil gauche montre une papille entièrement blanche. Les vaisseaux, les artères en particulier, présentent un rétrécissement moyen de leur calibre. Rien de particulier à noter pour le reste du fond de l'œil. Rétrécissement concentrique notable du champ visuel.

En ce qui concerne la grosseur du globe, ce dernier, vu de face, paraît quelque peu plus petit que le droit. Le diamètre de la cornée est de 12mm. à droite, de 10 1/2 à gauche sur les deux méridiens.

La motilité de l'œil gauche est normale. Si l'on invite le patient à fixer le doigt à 30 ctm., on remarque que l'œil droit fixe seul, l'œil gauche se dévie un peu en haut.

Si l'on cache l'œil droit, aussitôt apparaît un nystagmus horizontal violent de l'œil gauche et l'œil se place petit à petit en strabisme convergent ; c'est dans cette position vicieuse de l'œil au moyen de mouvements nystagmiques très accentués que le patient cherche à fixer.

En se basant sur ces faits et sur les anamnestiques, on peut porter avec une certaine certitude le diagnostic d'atrophie du nerf optique par lésion du nerf optique au moment de la naissance. Au moment de la projection en avant de l'œil, occasionnée par la cuillère du forceps, il y eut probablement un arrachement et peut-être même une déchirure du nerf optique. Peut-être, faut-il aussi regarder la production du strabisme comme une conséquence des lésions produites sur l'œil gauche et dans toute l'orbite au moment de l'accouchement.

En tant qu'atrophie du nerf optique consécutive à un arrachement, ce cas n'est pas particulièrement intéressant. Mais ce qui lui donne de l'importance déjà, c'est ce fait que l'arrachement du nerf optique a été causé au moment de la naissance par la cuiller du forceps, et cependant, d'après Ahfield cette lésion n'est pas extrêmement rare (1).

Mais ce qui donne tout l'intérêt à cette observation, c'est l'apparition d'altérations d'une autre nature qui se sont développées secondairement et consécutivement aux lésions du nerf optique : en particulier, l'apparition de la microphtalmie de l'œil gauche. Cette différence de grandeur des deux yeux était très visible et le volume de l'œil gauche beaucoup plus petit que celui de l'œil droit. On peut se demander si l'arrêt de développement de l'œil gauche doit être regardé comme une conséquence de l'arrachement du nerf optique.

On n'a pas encore signalé de cas semblable, mais d'après les travaux de Hertel (1), et je crois pouvoir répondre par l'affirmative. Nous pouvons donc admettre avec Hertel que, dans notre cas, l'œil a continué à se développer, mais avec un certain retard sur son congénère et cela à cause de ses altérations et de l'atrophie du nerf optique.

F. Abt

(1) *Zeitschrift f. Geburtshilfe*. Bd X. p. 344 ; *Monatsch. f. Geb.* Bd IV, p. 401 ; *Archiv. f. Gyn.* Bd LXIX, p. 201.

NOUVEAUTÉS THÉRAPEUTIQUES

Des insufflations d'air dans la chambre antérieure dans les tuberculoses iriennes et cornéennes,

Par le Dr C.-H. Félix, de Leiden.

Jusqu'à ces dernières années, la thérapeutique des affections tuberculeuses de l'œil était des plus précaires. Ce n'est du reste qu'avec la plus grande imprécision qu'était et qu'est encore établi le diagnostic des tuberculoses oculaires.

Quand il ne s'agit que d'ulcérations conjonctivales, l'examen microscopique nous révèle, assez facilement, soit la présence de cellules géantes, soit la présence de bacilles de Koch. Les inoculations peuvent en outre provoquer des tuberculoses expérimentales qui donnent la confirmation éclatante du diagnostic.

Mais quand nous avons affaire à une kératite sclérosante, à une kératite parenchymateuse, à une iritis, à une choroïdite que nous pensons être de nature tuberculeuse, quels sont nos moyens de diagnostic ? Les antécédents familiaux, l'état général du malade, l'aspect extérieur des lésions elles-mêmes, sont nos moyens courants, mais combien peu précis !

L'examen microscopique et les inoculations ne peuvent être faits qu'à la suite d'une opération souvent refusée par les intéressés.

Nous avons encore le diagnostic thérapeutique qui peut aussi nous fournir quelques indications mais bien peu précises. Cependant, la tuberculine de Koch, presque complètement abandonnée, a, entre les mains de certains ophtalmologistes, donné ainsi que nous le verrons bientôt des résultats thérapeutiques très intéressants. Au point de vue diagnostique la

(1) Hertel. — Folgen des Sehnervendurchschneiduneg bei jungen Tieren. (*Graefe's Archiv. f. Opthalmologie*. Bd, XLVI, p. 277.)

tuberculine rend des services très marqués en médecine vétérinaire, services qui pourront certainement être mis aussi à profit par l'ophtalmologie.

Enfin, admettons que le diagnostic de tuberculose irienne ou cornéenne soit suffisamment établi, quelles sont actuellement nos ressources thérapeutiques en cette occurrence ?

Le traitement général par la cure d'air, la suralimentation, les toniques, l'huile de foie de morue, etc.., est nécessairement de première indication. La *créosote*, et surtout *l'iodoforme* à l'intérieur sont aussi d'un emploi très utile.

Nous laisserons de côté le traitement hydrargyrique qui, sans indications spéciales contre les tuberculoses oculaires, a pourtant maintes fois amené des guérisons de kératites parenchymateuses dites scrofuleuses ; mais dont la nature tuberculeuse aurait bien pu être établie.

Localement, l'*Iodoforme* sous forme de pommade à la lanoline et à 2/10 appliquée en frictions prolongées, sur la cornée, a déjà donné à M. Abadie des résultats très encourageants dans un cas de tuberculose irido-cornéenne (1). L'insolubilité de l'iodoforme ne permettant pas son injection sous-conjonctivale, on a tenté de l'introduire en nature, soit dans la chambre antérieure soit dans le corps vitré, mais ces essais, quoique fort encourageants, ne sont pas encore à point pour être recommandés au praticien.

Dans ces derniers temps, les injections sous-conjonctivales d'acide cinnamique (extrait du Baume du Pérou), ou plutôt de cinnamate de soude ont donné des résultats si pleins d'espérance avec un aléa si minime que nous comptons publier prochainement une étude sur l'action des balsamiques appliqués ainsi localement dans les tuberculoses oculaires.

Il est curieux de constater que *l'acide cinnamique*, comme la *tuberculine*, d'abord chaleureusement recommandés dans le traitement de la tuberculose, sont tombés dans le plus grand discrédit pour être ensuite remis en honneur en thérapeutique oculaire. Cet honneur durera-t-il longtemps ? C'est ce qu'un avenir prochain nous apprendra. Grâce à nos moyens si précis d'observation et de contrôle, peut-être arriverons-nous à poser des indications thérapeutiques, qui nous sont infiniment plus faciles à trouver qu'au praticien qui s'occupe de guérir une tuberculose pulmonaire qui toujours s'accompagne de complications organiques si variées qu'il est le plus souvent bien difficile de démêler dans tout ce fratras ce qui revient à chaque intervention thérapeutique.

***

Nous en arrivons maintenant aux *insufflations d'air dans la chambre antérieure.*

Depuis que Spencer Wells a guéri par hasard une péritonite tuberculeuse en faisant une laparotomie à la suite d'une erreur de diagnostic, de nombreux cas de ce genre ont été publiés et on cherche la cause de ces guérisons :

1° Dans l'action des antiseptiques employés pour laver la cavité péritonéale ; 2° dans l'irritation mécanique produite par l'opération ; 3° dans la diminution de pression ; 4° la prolifération conjonctive ; 5° dans l'action de la lumière ; 6° *enfin, la cause la plus efficace est l'action physique et chimique de l'air*, ainsi que l'a montré Nolen, de Leiden, dans un remarquable travail publié en 1893.

Le contact de l'air lui paraissant le seul facteur réellement actif, il a pratiqué des injections intra-péritonéales d'air chaud et stérilisé après la ponction abdominale ; après quelques minutes, la plus grande partie de l'air était de nouveau évacuée.

Des recherches ultérieures ont prouvé que l'air agit en provoquant une hyperémie inflammatoire aseptique qui étouffe les tubercules.

M. le Prof. Koster, de Leiden, ayant été témoin de ces résultats, eut l'idée de faire des insufflations d'air stérilisé dans la chambre antérieure contre les tuberculoses irienne ou cornéenne. C'est ce qui nous a valu le travail intéressant que nous analysons ici et qui a été présenté en juin dernier comme thèse inaugurale à la Faculté de médecine de Berne. Nous sommes heureux de donner à nos lecteurs la primeur de cette intéressante étude thérapeutique.

L'auteur passe d'abord en revue toute la littérature ophtalmologique ayant trait à la tuberculose irienne. En 1867, de Wecker pensait : « que la diathèse tuberculeuse doit avoir envahi toutes les parties du corps avan

(1) Société française d'Ophtalmologie, 1887.

de se manifester dans l'œil ».(*Traité des Maladies des yeux*, 1867).

Depuis cette époque, de nombreux travaux sont venus nous prouver que l'iritis tuberculeuse peut être non seulement la première, mais encore une seule et unique manifestation accidentelle de *l'infection tuberculeuse*. Il était donc naturel de chercher à guérir cette affection bien localisée, non seulement par le traitement général, mais par les applications topiques à l'étude en ce moment, et que M. Félix passe soigneusement en revue dans sa thèse avec une foule de détails intéressants.

Il passe également en revue toute la littérature des affections tuberculeuses de la cornée.

Puis il rapporte très en détail trois observations recueillies à la clinique ophtalmologique de Leiden dans lesquelles l'action des insufflations d'air dans la chambre antérieure amena une régression du processus tuberculeux.

Voici comment se pratiquent ces insufflations :

Après aseptisation aussi complète que possible du champ opératoire et anesthésie par la cocaïne, on introduit dans la chambre antérieure une aiguille à discision ordinaire, puis on la retire avec soin sans laisser écouler l'humeur aqueuse. A travers la ponction ainsi pratiquée on introduit alors la fine canule d'une seringue de Pravaz, préalablement remplie à moitié d'air stérilisé (air aspiré à travers un tampon d'ouate stérile).

L'aiguille de la seringue étant dans la chambre antérieure on aspire l'humeur aqueuse en dirigeant en bas le piston de la seringue et en prenant garde que l'iris, les tubercules ou la cornée elle-même ne viennent obstruer l'orifice de l'aiguille.

Quand la chambre antérieure est complètement vidée on injecte l'air sans retirer l'aiguille. Il faut bien faire attention de ne pas en insuffler trop et d'augmenter ainsi la tension intra-oculaire, ce qui doit être évité avec soin.

Un pansement sec est alors appliqué et tout est dit.

La réaction qui est la conséquence de cette intervention se manifeste par une augmentation de l'hyperémie péri-kératique ; mais cette congestion n'est que passagère et ne dure guère plus d'un jour ; l'air est résorbé en deux ou quatre jours et remplacé par de l'humeur aqueuse.

Aucune complication n'a été observée jusqu'ici. Les opérés n'ont jamais accusé de douleur, même après que la cocaïne eût épuisé son effet ; Félix croit pouvoir assurer d'après son expérience personnelle que ces insufflations d'air sont en tout cas sans inconvénients.

Quant à leurs avantages ils sont manifestes par les résultats favorables relatés dans les trois observations citées. Dans deux de ces cas surtout, l'issue favorable de l'affection fut certainement provoquée par les premières applications de cette nouvelle et simple intervention thérapeutique.

Les premières insufflations furent tout d'abord faites avec la seringue armée de son aiguille, sans ponction préalable de la cornée ; on pouvait ainsi mesurer exactement la quantité de liquide aspiré et la quantité d'air insufflé mais en revanche l'introduction de l'aiguille est souvent très difficile.

L'action de l'air paraît spécifique pour les affections tuberculeuses alors que son introduction dans la chambre antérieure reste sans effet comme Félix en a fait l'expérience dans un cas de *kératite en grillage*.

Donc l'application de ce mode de traitement ne s'adressera pas à toutes les kératites parenchymateuses indifféremment.

Modes d'action :

1° Par l'évacuation de l'humeur aqueuse, il se produit d'abord une diminution considérable de la tension intra-oculaire, suivie d'une hyperémie de tout le segment antérieur de l'œil et surtout du cercle ciliaire.

2° La *ponction de la chambre antérieure* avait déjà été bien souvent pratiquée dans certaines affections du tractus uréal, et dans la kératite parenchymateuse tuberculeuse elle serait indiquée ; mais nulle part dans la littérature on ne la trouve recommandée contre la tuberculose de l'iris. Même dans les cas où l'évacuation de l'humeur aqueuse a eu lieu par l'iridectomie indiquée dans certains de ces cas, on n'a attribué aucune action favorable à l'évacuation même du liquide. Cependant, on ne saurait nier l'importance de la réaction produite sur l'iris et le corps ciliaire qui reçoivent de ce fait une irrigation sanguine intense et toute nouvelle, capable de lutter plus efficacement contre la bacillose ; mais il n'y a là aucune action thérapeutique directe ou spéciale.

3° *L'action de l'air* injecté paraît être le

facteur capital. En effet ne voyons-nous pas, après la perforation spontanée de l'œil, les tubercules de l'iris s'atrophier alors que dans les cas de sarcome c'est le contraire qui se produit ?

L'observation sera bien facile à contrôler dans les tuberculoses expérimentales où l'on peut toujours étudier *de visu* l'évolution des tubercules de la chambre antérieure.

Félix étudie d'abord l'*action mécanique* de l'air injecté qu'il considère comme négligeable ; il en est à peu près de même pour *l'action chimique* qui n'a d'autre importance qu'une modification des gaz du sang.

L'*action physique* de l'air insufflé aurait une grande importance par ce fait que les tubercules se trouvant isolés par l'air de leur liquide nourricier, se dessècheraient et s'atrophieraient.

Une *action bactéricide* de l'air pourrait s'expliquer par la présence de l'acide carbonique dont l'action sur le bacille de Koch a été démontrée cliniquement par Bier et expérimentalement par Hamburger.

Si tout ce que nous promet Félix se réalise, la thérapeutique par l'air nous mettra à même de guérir quantité de tuberculoses les plus diverses (arthrites, cystites, néphrites, etc.).

Dans un cas d'épisclérite avec kératite sclérosante de nature tuberculeuse des injections sous-conjonctivales d'air stérilisé amenèrent une cessation miraculeuse (Zauberschlage) de tous les signes subjectifs : douleurs, larmoiement, etc. A. D.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE.

(Manchester, août 1902.)

Section d'Ophtalmologie.

Présidence de M. C. E. Glascott (Édinb.)

Le président, après avoir déploré l'absence du Dr Little, qui devait présider la séance et qui en est empêché pour cause de maladie, souhaite la bienvenue aux membres du Congrès.

M. Robert Marcus Gunn.—**Abolition soudaine de la vue.** — Il est très difficile de différencier l'abolition soudaine de la vision d'origine hystérique, de l'amblyopie simulée. Dans les deux cas, l'examen ophtalmoscopique ne fournit aucun signe, pas plus que le fonctionnement de la pupille. Les cas d'amblyopie fonctionnelle sont de deux sortes : 1° idiopathique et survenant surtout chez les femmes et parfois chez les enfants ; 2° traumatique, se rencontrant également chez les deux sexes, mais seulement chez les adultes. Le pronostic est généralement favorable. Le traitement consiste dans l'isolement du malade et l'électrisation.

M. Karl Grossmann (Liverpool). **Exostose des orbites opérée depuis dix huit ans.** — C'est le même cas que l'auteur a décrit en 1887 dans *l'Ophtalmic Review*.

Major M. Thomas Yarr. — **Deux cas de blessure indirecte de l'œil par arme à feu.** — Chez les deux malades, il n'y avait aucune blessure apparente de l'œil, mais dans le premier cas la vision était trouble et dans le second, abolie. Dans les deux cas, les troubles visuels étaient dus à un ébranlement à distance.

M. J. A. Menzies. (Manchester.) — **Détachement de l'épithélium cornéen.** — Il en existe deux types très distincts. Dans l'un, les attaques commencent au réveil ou pendant la nuit. La gêne est de courte durée. Dans l'intervalle, la surface de la cornée apparaît normale, quoiqu'il soit parfois possible de soulever l'épithélium cornéen. Dans l'autre, on voit une sorte de boursouflure, et les mouvements de la paupière provoquent la sensation d'un corps étranger. L'epithélium peut être clair ou opaque. Dans la majorité des cas, on trouve un traumatisme à l'origine. Le traitement consiste dans l'application d'un bandeau jusqu'à cicatrisation de la perte de substance et application d'une pommade. Parfois, il faut enlever l'épithélium mortifié avant d'appliquer le bandeau.

M. Devereux Marshall proscrit dans ces cas l'emploi de la cocaïne.

M. Siméon Snell est partisan de la péritomie. Pour M. Dayne, la cocaïne est nuisible et M. Holmes Spicer est d'avis que cette affection est parfois de nature herpétique. M. Angus Mac. Gillivray s'est bien trouvé, dans la kératite bulleuse, de l'extrait de corps thyroïde.

M. Charles George Lee. — **Quatre cas de névrite monoculaire.** — Dans les névri-

tes d'origine centrale, les deux nerfs optiques sont atteints et la névrite monoculaire est très rare, et il est probable qu'il s'agit alors d'une affection locale. Lee cite quatre cas de névrite monoculaire dont l'historique est à peu près identique et où il semble que l'inflammation du nerf était rétro-bulbaire.

M. Siméon Snell.— **Méthode de sutures des tendons pour avoir un meilleur moignon, à la suite de l'énucléation du globe oculaire.**— La conjonctive est détachée aussi près que possible du limbe scléro-cornéen. Un crochet à strabisme est passé sous un des tendons et une aiguille armée d'un fil de soie est passée à travers le tendon dans sa largeur ; la suture faite, le bout libre du fil est coupé et celui qui est armé de l'aiguille est passé à travers au niveau de la section. Le tendon est ensuite coupé exactement à l'endroit de son attache à la sclérotique. On traite chaque tendon de la même manière et le globe oculaire est ensuite énucléé. Il ne reste plus qu'à attacher les sutures internes et externes et ensuite les supérieures et inférieures de façon à amener la jonction des tendons des quatre muscles droits,

M. Ernest Clarke. — **Une méthode d'énucléation du globe oculaire, donnant une plus grande mobilité au moignon.** — Elle consiste à fixer au centre du moignon le tendon des muscles externe et interne.

Dr Edridge-Greene propose la motion suivante : que la section est d'opinion que l'emploi des épreuves de Holmgren par les Boards of Trade pour reconnaître le daltonisme est peu satisfaisant étant sujettes à erreur.

Après discussion, sur 24 membres présents 4 votèrent contre et 3 pour. La proposition est rejetée.

Discussion sur le traitement de la scléro-kératite.

M. Arthur Sandford. — Cette affection étant très souvent d'origine rhumatismale, parfois de nature scrofulo-tuberculeuse, c'est au traitement de ces diathèses qu'il faut avoir recours. Injection sous-cutanée de pilocarpine ; salicylate de soude, aspirine, iode. L'œil doit être mis au repos absolu. Les complications doivent être traitées suivant leur nature. Je ne suis pas en général partisan des injections sous-conjonctivales.

MM. Ernest, E. Maddox ; A. Hill Griffith Devereux Marshall ; Charles Wray ; Watson Griffin ; Bishop Harman ; John Hern, John Gray Cligg ; G. E. Glascott, prennent part à la discussion.

M. J. E. Widmark décrit un « sidérophone » : un nouvel instrument pour découvrir les éclats de feu dans le globe oculaire.

Autres communications : M. J. E. Widmark ; Contribution à l'étiologie de la myopie.— M. David M. Keown : 1° un cas d'ulcère chronique de la cornée ; 2° double luxation congénitale du cristallin, traitée par la discision. — M. J. Herbert Parsons : Lésions expérimentales de la rétine. M. Adolphe Bronner : Notes sur quarante cas d'extraction du cristallin transparent dans la myopie élevée. — Samuel Lodge : Troubles vasomoteurs de l'œil.

Discussion sur les formes rares de l'atrophie du nerf optique. —Y prennent parti MM. James Taylor ; Holmes Spicer A. Emery-Jones ; C. O. Hawthorne ; Adolphe Bronner ; Newton Pitt ; Sam. Lodge ; Herbert Parsons ; Bishop ; Harman et Hill Griffith.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DU ROYAUME-UNI.

Séance du 14 novembre 1902.

Présidence de M. A. Stanford Morton.

Avulsion de l'œil par le forceps.

M. Siméon Snell rapporte le cas d'un nouveau-né dont l'œil gauche pendait sur la joue et n'était plus retenu que par quelques bandelettes de conjonctive. La mère présentait un bassin tellement rétréci que l'accoucheur avait songé à pratiquer la céphalotripsie, mais l'enfant avait pu être extrait au moyen du forceps. Le nerf optique avait été tordu et rompu.

Paralysie du droit supérieur.

M. Siméon Snell rapporte qu'un homme de 50 ans, sans cause, fut pris de somnolence avec vertige au réveil. En même temps, il s'aperçut qu'il voyait double. Les mouvements du globe, en haut, étaient abolis. V = 1 ; deux jours après tout était rentré dans l'ordre.

Dr Aldren Turner croit à une lésion vasculaire.

M. Marcus Gunn attire l'attention sur ce fait que certains malades sont incapables de diriger le regard en haut quand on leur demande de le faire, mais que ce mouvement se fait très bien quand ils suivent du regard un objet.

Nyctalopie (rétinite pigmentaire) survenues chez cinq générations.

M. Siméon Snell. — Dans une famille se composant de 69 individus, 28 étaient atteints de cécité nocturne.

M. Jessop : Un cas d'ophtalmie sympathique avec kyste de l'iris. M. G. W. Roll : Un cas d'ophtalmoplégie congénitale. M. N. Bishop Harman : Deux cas de fissura facialis. M. Maccallan : Un cas de lymphangiectasie de la conjonctive avec sections microscopiques. M. Grimsdale : Paralysie des deux droits externes. M. Arnold Lawson : Paralysie du sympathique. Df Spéville.

SOIXANTE-QUATORZIÈME RÉUNION DES SAVANTS ET MEDECINS ALLEMANDS

à Karlsbad.

21-27 *septembre* 1902

XXe *Section* : Opthalmologie.

Uhthoff. — **Sur un cas de kératocône avec examen anatomique.**

U. rapporte un cas de kératocône type des deux yeux chez un jeune homme de 20 ans. A l'âge de 11 ans et pendant un an environ, se produit une grande diminution de la vue, sans aucun phénomène inflammatoire. Avec l'œil gauche le patient compte les doigts à 2 mètres et il les compte à 1 m. avec l'œil droit, Image typique de kératocône développé spontanément, plus accentué sur l'œil gauche. A gauche, on remarque un trouble notable (striation et réseaux). Au centre des parties ectasiées, à droite, trouble strié léger au sommet du cône. Excision de la partie ectatique de la cornée de cet œil qui ne sert plus pour la vision. Le malade meurt d'une pneumonie. L'examen anatomique montre à gauche un amincissement de la cornée au niveau du kératocône ; cependant, la membrane de Descemet et l'endothélium sont intacts. La cornée a une épaisseur de 0,5 mm. au centre, et une épaisseur de 0,9 mm. dans sa partie marginale, l'amincissement se fait progressivement en allant de la périphérie au centre. L'épithélium est uni sur la surface antérieure ; cependant, dans ses couches profondes, au voisinage de la membrane de Bowmann, on remarque quelques plis, et au niveau de ces plis la membrane de Bowmann manque par endroits. Le stroma de la cornée présente une structure fibrillaire vers le centre de la cornée, et les noyaux sont plus nombreux et placés sans ordre.

La partie excisée de la cornée de l'œil gauche, qui était plus fortement atteint, présente une dégénérescence fibrillaire très nette, et en plusieurs endroits on voit une augmentation du nombre de noyaux avec infiltration cellulaire. L'épithélium est presque entièrement conservé. L'amincissement de la cornée dans les parties centrales est plus accentué que dans les parties périphériques.

Un fait digne de remarque est l'absence de membrane de Descemet en deux endroits ; il faut rattacher à ces altérations les modifications pathologiques de la cornée. L'endothélium est conservé en un endroit où manque la membrane de Descemet, tandis qu'il manque aussi aux deux autres endroits où elle est absente.

U. fait ensuite quelques remarques sur le kératocône et sur son traitement. Il recommande finalement la galvano-cautérisation.

Muller dit que dans le kératocône, le processus atteint toute la cornée et non pas seulement son centre.

Elschnig rapporte que Schnabel a fait avec succès l'extraction du cristallin pour un cas de kératocône ; mais il considère malgré cela que la cautérisation est le meilleur mode de traitement.

Czermak cautérise vers en bas et en dehors.

Liebreich demande si de petits traumas ne peuvent pas engendrer le kératocône.

Uhthoff est d'avis qu'il y a une altération de toute la cornée ; il n'est pas d'avis que cette affection puisse être d'origine traumatique.

F. Abt.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Sur les affections para-syphilitiques et leur traitement.

M. Leredde, étant persuadé de l'origine syphilitique du tabes, conseille un traitement mercuriel intensif. D'après lui, « il y a lieu d'élever au maximum les doses de mercure sous forme de sels solubles (benzoate et bi-iodure, 6 à 8 centigrammes ; cyanure et sublimé, 3 à 4 centigrammes par jour) ou insolubles (calomel, 15 à 20 centigrammes par semaine, par piqûres de 10 centigrammes de plus en plus rapprochées) ». M. Leredde estime que ce traitement permet non seulement d'enrayer le tabes, mais d'obtenir des régressions *complètes* de cette affection.

M. Babinski est de ceux qui sont persuadés que le mercure peut exercer sur le tabes une action favorable, qu'il peut en arrêter l'évolution dans une certaine mesure, mais qu'il faut pour cela faire durer longtemps le traitement, administrer de fortes doses et employer de préférence le calomel en injections. Tout ce que vient de dire à ce sujet M. Leredde n'est donc donc pas nouveau. Ce qui serait nouveau, ce serait de pouvoir obtenir, comme l'avance M. Leredde, les véritable guérisons, c'est-à-dire un retour à l'état normal chez des malades ayant présent des signes caractérisiques du tabes, mais à l'appui de son opinion, il n'apporte aucun fait probant. (*Bulletin médical* n° 43.)

Recherche du réflexe lumineux à l'aide de radiations diverses.

M. Dupont présente un *excitateur de la pupille* destiné à rechercher le réflexe lumineux en plein jour et au lit du malade, sans provoquer de réflexe d'accommodation.

Cet appareil, de petit volume, appliqué sur un œil, donne le *réflexe consensuel* du côté opposé ; appliqué exactement sur la tempe, près de la paupière, il fournit un *réflexe direct*.

L'excitation de la pupille par ce procédé est comparable à l'excitation d'un muscle par la fermeture brusque du courant ; l'appareil offre ceci de particulier qu'il donne un *éclair* instantané qui provoque le réflexe, alors même qu'il existe cette paresse de la pupille que l'on trouve parfois chez des vésaniques et qui a pu faire croire à un faux signe d'Argyll.

M. Dupont présente un autre appareil, expérimenté, comme le précédent, dans le laboratoire de M. le prof. Joffroy, pour mesurer l'activité du réflexe pupillaire au moyen d'une pendule chronométrique qui fournit en 1/100e de secondes le coefficient du réflexe pupillaire de chaque œil successivement. Par cette méthode, M. Dupont a pu constater et mesurer le retard du réflexe pupillaire qui précède l'apparition du signe d'Argyll. Au moyen de cet appareil, l'auteur a recherché quelles étaient les *radiations* les plus actives pour provoquer le réflexe lumineux, passant en revue les radiations diverses, en particulier celles du radium et toutes les radiations colorées du spectre.

Trombetta et Ostino. — **Nystagmus et canaux semicirculaires.** *Etude expérimentale et clinique.* (Florence, 1900.)

D'après leurs expériences sur les chiens, les auteurs concluent que le nystagmus est un phénomène irritatif et non pas paralytique, car il se manifeste après une irritation même légère du canal semicirculaire membraneux, cesse immédiatement après l'ablation des canaux et peut être provoqué aussi par la faradisation du nerf acoustique à son entrée dans le conduit auditif interne ou par l'excitation mécanique de ce nerf à l'intérieur du conduit. Les expériences de Bruck, Freidl, Bezold et Denker seraient d'accord avec ces conclusions. Pour provoquer le nystagmus, l'excitation des ampoules est indispensable. L'excitation unilatérale des terminaisons nerveuses des crêtes auditives provoque un nystagmus binoculaire bien plus prononcé que du côté opéré et cela est d'accord avec les lois physiologiques des mouvements associés. La direction des mouvements nystagmiques serait en rapport direct avec l'irritation des différents canaux, car l'irritation du canal horizontal provoque un nystagmus horizontal, celle du canal postérieur un nystagmus vertical et celle du sagittal un nystagmus plus prononcé à forme mixte.

L'opinion d'Ewald, plaçant dans le labyrinthe un centre tonique pour les mouvements en général et pour la motilité des yeux en particulier, serait donc bien fondée. Les muscles oculaires recevraient leur innervation tonique par une excitation réflexe à point de départ dans le labyrinthe et le nystagmus viendrait d'un trouble d'innervation de ces mus-

cles par excitation abnorme des ampoules. Le tonus labyrinthique se développe par éducation analogue et simultanée à celle des sens spécifiques, dès les premiers mois de la vie pour contribuer au sens complexe de l'équilibre du corps. L'imperfection du sens visuel, donnant une excitation insuffisante aux centres cérébraux, et une stimulation anormale aux centres labyrinthiques, amènerait le trouble de motilité oculaire constituant le nystagmus congénital.

A. Antonelli.

G. Baslini.— **Contribution à l'étude clinique de la kératite parenchymateuse.** (*Soc. Medico-chirurg. de Pavia*, mai, 1902.)

Parmi 3.098 malades de la clinique de Pavie, il y en eut 31 atteints de kératite parenchymateuse ; dont 11 par syphilis héréditaire certaine, 3 par la même étiologie très probable, 1 par syphilis acquise en nourrice, 5 par tuberculose (?), 11 par étiologie inconnue. L'affection serait 2 fois plus fréquente chez les femmes et surtout entre 10 et 20 ans. Dans 12 cas, Baslini aurait noté des rechutes. Le traitement spécifique donnerait des résultats brillants même dans les cas à étiologie douteuse.

(C'est que, pour nous, elle ne l'est jamais *douteuse*, cette étiologie. Baslini aurait dû dire que les jeunes sujets atteints de kératite parenchymateuse montrent toujours des stigmates ophtalmoscopiques, classiques ou rudimentaires, permettant d'être fixé sur leur tare congénitale. Rarement les deux yeux sont atteints à la fois, de façon à nous rendre impossible tout examen ophtalmoscopique. Le traitement a une action manifeste, en écourtant considérablement la durée de l'affection et en permettant le retour aussi complet que possible de la transparence cornéenne, *à condition qu'il soit aussi intensif qu'il est permis de le faire.* En général le médecin est trop timide. Par les injections de sels solubles, notamment le benzoate de mercure, 2 à 3 centigr. par jour suivant l'âge et la tolérance du sujet, on est sûr d'agir vite et bien. Les porteurs de kératite sont presque toujours plus ou moins cachectiques et non rarement porteurs aussi d'affections ganglionnaires ou autres, scrofuleuses ou nettement tuberculaires ; ceci par une association morbide qui n'a rien d'extraordinaire. Or, le traitement spécifique est un reconstituant merveilleux pour ces jeunes sujets, et, chose extraordinaire, loin d'aggraver les manifestations tuberculeuses, il les améliore en modifiant le terrain et augmentant la résistance des tissus. Ceci est admirablement prouvé par les cas de lupus, vrai lupus, chez des jeunes sujets hérédo-syphilitiques, guéris ou considérablement améliorés par les injections de calomel .)

A. Antonelli.

E. Trombetta.—**Le nystagmus : nouvelle théorie pathogénique et nouvelle méthode de traitement.** (*Clinica Moderna*, vol. 6, nos 31-35, Florence, 1900.)

Le mémoire de Trombetta commence par un exposé systématique des meilleurs, où, à propos du nystagmus des mineurs, l'auteur discute les théories pathogéniques admises jusqu'à ce jour. Il se déclare partisan de celle de l'iritation du labyrinthe, provoquée par les changements rapides et fréquents de pression atmosphérique subis par l'ouvrier et, aussi, par le bruit incessant des coups de pioche et de l'explosion des mines dans les galeries. Trombetta soutient par plusieurs arguments cette théorie qui fait du nystagmus l'équivalent moteur du vertige. Quant au nystagmus congénital, l'auteur rappelle qu'il y a 3 moyens d'en entreprendre le traitement : 1° l'éducation du sens visuel surtout par des exercices stéréoscopiques après correction de la réfraction. Par ce moyen, on corrige lentement les défauts du sens oculaire de l'espace et l'on permet à l'appareil vestibulaire de s'adapter aux fonctions normales ; 2° la provocation du mouvement apparent des objets à l'aide des diaphragmes de Lavagna, moyen de créer artificiellement un trouble d'orientation subjective ; 3° la provocation de la polyopie par l'appareil à prismes tournants. Cet appareil donne à volonté, soit un simple trouble d'orientation objective, grâce à la série d'images impressionnant la rétine de l'œil nystagmique, soit un trouble d'orientation objective et subjective à la fois si l'on ajoute les diaphagrames. Trombetta préfère cette dernière méthode, qui permet de régler la rapidité et l'étendue de la polyopie suivant la tolérance du sujet et qui offre en même temps l'avantage de la vision stéréos-

copique. Chez une fillette de 11 ans, après une trentaine de séances avec l'appareil de Magnana et Lavagna, et plus tard avec le stéréoscope de Reymond et Baiardi, Trombetta eut la satisfaction de voir le nystagmus presque totalement disparu et la lecture des caractères imprimés ordinaires devenue facile après avoir été impossible auparavant.

A. Antonelli.

Dr Alfred Proscher. — **Statistique sur les cas de myopie observés à la clinique de Zittau; contribution à l'étude de la correction complète** *Klin. Monatsb. f. Augenheilkunde.* mars 1902.)

Rückert remplace la correction complète par une correction presque complète. Avant tout, il prescrit le même verre pour la vision de loin et la vision de près, pour ne pas détruire les rapports physiologiques entre l'accommodation et la convergence. Il attache peu d'importance à la correction exacte de la myopie jusqu'à la dernière dioptrie. Si le patient accepte pour la vision de près, le verre qui donne la correction totale, ou s'il y a de l'insuffisance de la convergence, Rückert conseille de conserver continuellement ce verre; dans les autres cas il le diminue d'une dioptrie à une demi-dioptrie.

Les myopes d'un degré élevé sont d'abord soumis à une correction inférieure, puis pendant l'année on augmente le verre en s'approchant de plus en plus de la correction totale.

Si maintenant nous regardons les tableaux, nous constatons que ce traitement supprime toutes les complications telles que choroïdite, astigmatisme élevé, troubles des milieux, etc. Les 3 tableaux que présente l'auteur concernent : 1° les cas de myopie stationnaire, 2° les cas de myopie faiblement progressive (1 à 2D.). 3° les cas de myopie fortement progressive. En ce qui concerne la correction, l'auteur fait une distinction entre la sous-correction faible (1 à 2 D) et la sous-correction.

Voici les conclusions de l'auteur sur la correction de la myopie.

Il faut faire la correction complète afin d'obtenir une acuité visuelle aussi bonne que possible. Quand le verre qui corrige complètement la myopie, n'est pas bien supporté dans la vision de près, l'oculiste est autorisé à sous-corriger, c'est-à-dire à prescrire un verre de 1 à 1 D 1/2 moins fort, verre que le patient devra toujours porter. Enfin, il faut toujours tâcher d'arriver à la correction complète, on y parviendra dans presque tous les cas en procédant progressivement.

F. Abt.

Sydney-Stephenson. — **Tuberculose de la conjonctive.** (*British Medical Journal*, 1902, p. 1077.)

Ie Cas. — Un enfant de 17 mois, très amaigri, dont la mère est phtisique, présente, à côté d'ulcérations tuberculeuses de la peau et d'infiltrations des ganglions lymphatiques, une ulcération en croissant de la conjonctive de la paupière inférieure s'étendant jusqu'au bord de la paupière. Grandeur, 7.5 mm, Le fond est couvert de granulations ; à la périphérie, on remarque des tubercules miliaires de la conjonctive. L'examen microscopique confirma le diagnostic, et l'on trouva des bacilles de la tuberculose en petit nombre. Quelque temps après, apparaît une papillite double, accompagnée de raideur de la nuque; on constate aussi un tubercule typique de la choroïde. Peu de temps après, mort de l'enfant. L'autopsie n'a pas été faite.

IIe Cas. — Un enfant de 15 mois, issu de parents tuberculeux, mais ne présentant aucun signe de tuberculose excepté du côté de l'œil, présente une ulcération tuberculeuse sur la paupière inférieure semblable à celle du cas précédent. On trouve des bacilles de la tuberculose. On excise l'ulcération, et l'on recouvre la perte de substance au moyen d'un lambeau pris sur le bras.

F. Abt.

Dr Runge. — **Résultats de l'emploi de la méthode de Crédé chez les nouveaux-nés.** (*Berliner klin. Wochensch.*, 1902, n° 439.)

En 1897, Schallehn publia les résultats obtenus par la méthode de Crédé à la Clinique gynécologique de Gœttingen. Sur 917 enfants, il n'y eut pas d'infection précoce, il y eut deux infections tardives (au 8e jour). Runge a continué ces recherches à partir de l'année 1896 jusqu'en mars 1902. Sur 1000 enfants, il n'y eut pas d'infection précoce, il observa une seule infection tardive. R. examina deux séries de femmes enceintes au point de

vue de la blennorhagie, dans la première série, il constata l'infection dans 25 0/0 des cas, dans la seconde 20 0/0. A partir de juin 1892, on n'emploie plus que la solution de nitrate d'argent à 1 0/0, et on obtient d'aussi brillants résultats qu'avec la solution à 2 0/0 et les phénomènes irritatifs du côté de l'œil sont beaucoup moins notables.

La méthode de Crédé est donc parfaitement sûre à condition qu'elle soit bien employée et que les instillations soient pratiquées une heure au plus tard après la naissance.

Dr Abt.

Dr M. Lewitt (Berlin). — **Sur l'emploi du protargol dans l'ophtalmie des nouveau-nés**. (*Deutsche medic. Wochensch.* 1901, n° 24, p. 439.)

L'auteur trouve certains avantages dans l'emploi d'une solution de protargol à 20 0/0 en instillations chez le nouveau-né. Le protargol a sur le nitrate d'argent, à action thérapeutique égale, l'avantage de n'être pas aussi irritant.

Gallus. — **Sur le scotome annulaire.** (*Zeitsch. f. Augenkeilkunde.* Bd. vii, 5.)

Gallus pense que la formation du scrotome annulaire s'explique le mieux par une compression du nerf optique et de l'artère ophtalmique dans le canal optique. Il suppose que les fibres nerveuses qui se trouvent à la périphérie dans le canal optique aboutissent non à la périphérie de la rétine, mais dans une zone intermédiaire; par la compression de ces fibres, il se produit un scotome annulaire dans le champ visuel. Les modifications du pigment sont causées par des troubles de nutrition consécutif à la disparition de la circulation des artères opthalmiques. La syphilis joue le principal rôle dans l'étiologie de cette affection, en produisant une péritonite; cependant, on peut observer un rétrécissement congénital du canal optique.

F. Abt.

Prof. Greeff (Richard). — **Sur le rétrécissement concentrique du champ visuel dans l'hystérie.** (*Berliner Klin. Wochen.* N° 21, 1902.)

Une jeune fille, dont les parents sont très nerveux, présente à côté d'autres symptômes d'hystérie (sensibilité à la pression du sommet de la tête, du rachis, hyperesthésie unilatérale notable) une acuité visuelle normale avec rétrécissement concentrique notable du champ visuel, Ce rétrécissement est caractérisé par ce fait que l'orientation n'est pas empêchée et la grandeur du champ visuel reste la même, qu'on la mesure à petite ou à grande distance. L'examen ophtalmocospique est normal, mais on remarque une pulsation très apparente des artères et accessoires. Greef rapporte ce phénomène à une irritabilité nerveuses du système vasculaire ; autre fait remarquable, on peut apercevoir nettement les pulsations de l'aorte abdominale au travers de vêtements.

F. Abt.

Rodolfo del Castillo Quartiellers. — **Deux nouveaux cachets d'oculistes gallo-romains.** (*Madrid*, 1902.)

L'auteur de ce fascicule est un des plus zélés et des plus compétents parmi ceux qui s'occupent de ces études patientes dont nous devons leur être très reconnaissants. C'est par les cachets romains, en effet, que nous pouvons étudier d'après nature une partie de l'oculistique ancienne. Leur étude, comme le dit l'auteur, demande une longue préparation et des connaissances spéciales de nos classiques dans l'art de guérir pour pouvoir arriver d'une façon certaine à leur interprétation sans tomber dans l'erreur.

L'auteur commente et explique avec sa compétence toute spéciale deux nouveaux cachets trouvés à Grand (Vosges) en 1897 et présentés par M. Tédenat à l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres et par M. Espérandieu dans la *Revue épigraphique*.

R. J.

Gourfein. — **Recherches cliniques expérimentales du pneumobacille de Friedlænder en ophtalmologie** (*Revue méd. de la Suisse romande*, n° 2 février 1902.)

Il ressort de ces recherches cliniqueset expérimentales que le pneumobacille de Friedlænder peut causer diverses lésions oculaires tantôt graves, tantôt bénignes, au même titre que le pneumocoque, le streptocoque pyogène et le staphylocoque doré ; qu'il n'imprime à ces lésions aucun caractère particulier permettant de le distinguer au point de vue clinique de celles causées par les trois autres

microorganismes pathogènes cités et que s'il se rencontre moins fréquemment dans les affections oculaires, c'est parce qu'il est moins souvent hôte saprophyte des membranes externes de l'œil que les trois autres.

EDOUARD ZIRN (Olmutz). — **Sur le traitement de la kératite avec hypopyon.** — (*Centralbl. fur prakt. Augenheilk.* 1902. Mars.)

De 1899 à 1901, Zirn a traité plus de 100 cas de kératite à hypopyon. Voici comment il procède : il remplace la bande par une grille protectrice, introduit dans le cul-de-sac, 2 à 4 fois par heure de la vaseline au sublimé (0,01/50 (au lieu de faire les lavages au sublimé qui sont douloureux) ; il insuffle en suite sur l'ulcère du xéroforme, au lieu d'iodoforme ; s'il est nécessaire, il fait une large cautérisation au galvano-cautère. — Grâce à ce traitement, l'auteur a très rarement pratiqué la ponction de la chambre antérieure pour en extraire le pus Z conseille d'abandonner l'opération de Saemich, qui est toujours suivie d'un enclavement de l'iris dans la plaie et qui plus tard (dans le 1/3 des cas), amène la perte de l'œil. Il a enregistré 3 insuccès seulement. Il signale à cette occasion les bons résultats qu'il a obtenus par l'emploi de la dionine dans les abcès de la cornée chez les scrofuleux.

F. ABT

H. SCHMIDT. — **Panophthalmie consécutive à l'extraction de la cataracte guérie par l'introduction d'iodoforme dans l'intérieur (corps vitré) de l'œil.**

Dans la nuit qui suivit l'opération, violentes douleurs ; le lendemain matin, on constate une panophtalmie. Schmidt ouvre de nouveau la plaie et enlève le pus de la chambre antérieure au moyen de la pince à capsule, il se produit alors une forte issue du vitré, l'œil s'affaisse, et les bords de la plaie sont largement entrebâillées. On introduit alors une plaquette d'iodoforme de Woitfefd dans la chambre antérieure et au travers des lèvres de la plaie ; on saupoudre encore d'iodoforme la chambre antérieure et le corps vitré. Atropine, pansement humide renouvelé 2 à 3 fois par jour. Le lendemain, les douleurs sont moins violentes, diminutions de phénomènes inflammatoires. 41 jours après l'opération, l'œil ne présente presque plus de signes d'irritation, et l'acuité visuelle après correction est de 1/4 à 1/2. L'iodoforme, qui s'était divisé en de très petits filaments, a été très bien toléré, et s'est résorbé petit à petit. Schmidt croit pouvoir attribuer à l'iodoforme la conservation de cet œil.

F. ABT.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée

—

Voyages circulaires en Italie.

—

Il est délivré toute l'année, à la gare de Paris-P. L. M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes très variés, permettant de visites les parties les plus intéressantes de l'Italie. La nomenclature complète de ces voyages figure dans le livret-guide-horaire P. L. M., vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

Exemple d'un de ces voyages : Itinéraire 81-A³ : Paris, Dijon, Mâcon, Aix-les-Bains, Modane, Turin, Milan, Venise, Bologne, Florence, Pise, Gênes, Vintimille, Nice, Marseille, Lyon, Dijon, Paris. — Durée du voyage : 60 jours.

Prix : 1re classe 253 fr. 50 — 2e classe 183 fr. 20.

AVIS

—

Pour favoriser la généralisation de l'emploi de l'*Acoïne* si utile pour rendre indolores les injections sous-cutanées et sous-conjonctivales, la maison VON HEYDEN a décidé d'abaisser le prix de ce précieux anesthésique de **5** fr. à **2** fr. **50** le gramme.

Dépôt chez BARBERON, *place des Vosges, 15, Paris, et dans toutes pharmacies.*